

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**A Participação dos Hospitais Privados no Sistema
Único de Saúde Brasileiro – 1988 a 2009**

Guilherme de Souza Branquinho
Matrícula: 105039835
E-mail: guilhermebranquinho@yahoo.com.br

Orientadora: Prof. Dra. Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna
E-mail: marilu@ie.ufrj.br

Maio de 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**A Participação dos Hospitais Privados no Sistema
Único de Saúde Brasileiro – 1988 a 2009**

Guilherme de Souza Branquinho
Matrícula: 105039835
E-mail: guilhermebranquinho@yahoo.com.br

Orientadora: Prof. Dra. Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna
E-mail: marilu@ie.ufrj.br

Maio de 2011

As opiniões expressas neste trabalho são de exclusiva responsabilidade do autor

À UFRJ, que me fez acreditar no ensino público e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai, JB, por todo o amor e suporte desde a pré-escola, inclusive me dando a idéia do tema desse trabalho. À minha mãe, Norma, por toda a sua paciência e carinho, se constituindo em meu ponto de equilíbrio desde sempre. À minha irmã, por sua amizade. À minha avó, Tatinha, por seu amor e serenidade imensos.

Agradeço especialmente ao meu avô, Zé Hilário, que apesar de não estar mais presente, me ensinou uma maneira mais leve de se viver.

Agradeço à minha namorada, Louise, por me fazer mais feliz durante toda a faculdade.

Agradeço à minha orientadora, Maria Lúcia Werneck, por me motivar a seguir em frente no tema, e por toda sua prestatividade em nossos encontros.

Agradeço a todos os professores que tive durante a graduação pela pontualidade e comprometimento com a instituição pública.

Por fim, agradeço a todos os meus amigos e familiares que estiveram presentes em toda a minha vida, e que me ajudaram a me formar no que sou.

RESUMO

Este trabalho trata da evolução da participação dos hospitais privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) na provisão de serviços de saúde. Para isso, foram analisados fatores que potencialmente puderam afetar esse processo, como os moldes em que o SUS foi criado, assim como a dinâmica de seu financiamento ao longo da década de 1990. O período analisado abarca desde criação do SUS até o ano de 2009, data do último dado disponível para análise. A questão analisada é que a grande quantidade de mudanças nas regras de financiamento gerou um descredenciamento dos hospitais privados do sistema. O trabalho conclui que a questão tem muitos indícios de ser relevante para explicar o descredenciamento dos hospitais privados, porém ele se concentrou nos hospitais privados de fins lucrativos, e não na totalidade dos hospitais privados.

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	9
II	O HISTÓRICO DO SUS	11
II.1	DOS ANTECEDENTES	11
II.2	DA CRIAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO	16
II.3	DAS MUDANÇAS.....	20
III	O FINANCIAMENTO DO SUS.....	24
III.1	REGRAS	24
III.2	DADOS E ANÁLISES	30
IV	A PARTICIPAÇÃO DOS SERVIÇOS PRIVADOS	36
IV.1	HISTÓRICO	36
IV.2	DADOS	40
IV.3	ANÁLISES.....	45
V	CONCLUSÃO	49
VI	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

GRÁFICO 1: Desigualdades regionais no gasto com saúde no Brasil – 1986	14
GRÁFICO 2: Brasil - Expectativa Média de Vida ao Nascer – 1960 e 2008	21
GRÁFICO 3: Brasil - Expectativa de vida ao Nascer, segundo grandes Regiões – 1930 a 2005.....	22
GRÁFICO 4: Brasil - Desigualdades Regionais no Gasto Público com Saúde – 1986 e 2001	23
GRÁFICO 5: Brasil - Gasto Federal em Saúde – 1980 e 1993 (milhões de dólares)	31
GRÁFICO 6: Brasil - Participação das Esferas Administrativas no Financiamento do SUS em (%) – 1990 / 2000 / 2005	33
GRÁFICO 7: Brasil - Proporção de estabelecimentos de saúde públicos e privados sobre o total de estabelecimentos – 1976 a 1988	39
GRÁFICO 8: Brasil - Nº de AIH's Pagas pelo SUS por Competência – 1992 a 2007	41
GRÁFICO 9: Brasil - Participação dos Estabelecimentos com Internação no Total por Competência em (%) – 1976 a 2009.....	42
GRÁFICO 10: Brasil - Participação dos Estabelecimentos com Internação por Competência em (%) – 1976 a 2009	43
 QUADRO 1: Principais características do papel e da forma de atuação dos Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e da Assistência Social (MPAS) antes do SUS	13
QUADRO 2: Brasil - Resumo das Normas Operacionais Básicas.....	28
 TABELA 1: Indicadores de Gasto em Saúde – 2003	23
TABELA 2: Brasil – Despesa per capita com Ações e Serviços Públicos de Saúde por Nível de Governo – 2000 a 2005	29
TABELA 3: Brasil – Gastos Federais com Saúde como Proporção do PIB – 1995 a 2008	32
TABELA 4: Brasil - Despesas com Ações de Saúde e Serviços Públicos de Saúde – 2000 a 2008 – (em números índice)	35
TABELA 5: Brasil: Perfil da Rede de Assistência Médica Hospitalar – 1995 a 2005	44

I INTRODUÇÃO

Atualmente, a questão da saúde se coloca como um dos pontos de maior interesse da sociedade. Países com uma prestação de serviços de saúde mais eficiente tendem a ter um menor nível de mortalidade infantil, uma maior expectativa de vida, e um melhor Indicador de Desenvolvimento Humano (IDH). Portanto, muito do que se refere às condições de vida do cidadão de um determinado país se pauta no acesso que ele tem a bons serviços de saúde.

Tendo em vista isso, estudar os possíveis fatores que afetam a provisão desses serviços, seja pelo Estado ou pelo setor privado, se torna relevante na medida em que diversos atores estão presentes nesse “jogo”, com cada um defendendo os seus interesses. O resultado dessas disputas políticas se expressa em resoluções governamentais, que têm como principal legado a criação do Sistema Único de Saúde Brasileiro, o qual foi um marco legal que mudou toda a estrutura de incentivos do setor e a forma como a saúde passou a ser vista – agora como um direito de todo cidadão e um dever do Estado de provê-la. Sendo assim, analisá-lo pode ajudar a entender como a provisão de serviços de saúde foi se estabelecendo ao longo da década de 1990. Apesar de toda gama de possíveis atores estiveram presentes nessa construção de modelo de assistência à saúde, a interação social que pautará a linha de raciocínio do trabalho é a relação entre o serviço público e o privado a partir da criação do SUS, e o que potencialmente a criação do SUS gerou nesse ambiente.

Desse modo, o trabalho está dividido de modo a contar de maneira sequencial como se deu o processo de construção do SUS, desde seus antecedentes até as últimas resoluções do governo. Nesse contexto, o segundo capítulo mostra como se deu a criação e a regulamentação do SUS na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde. A importância desses dois eventos reside no fato de que ambas determinaram todas as diretrizes que o governo tomou a partir de então. Para isso, inicialmente mostra-se o sistema de saúde brasileiro antes do SUS e como as demandas sociais geraram a criação desse modelo de assistência. Na última seção do capítulo, ao explicitar as mudanças e melhoras que podem ser atribuídas ao SUS no provimento de serviços de saúde, busca-se justificar a relevância do tema do trabalho, estudando possíveis causas e efeitos que mudanças no sistema de saúde brasileiro puderam gerar.

Apesar de seu enfoque ser em um setor específico (no caso, os hospitais privados), é um tema relevante para a sociedade e é uma demanda social ativa.

O terceiro capítulo apresentará como se dá o financiamento do SUS durante todo o período de estudo, sendo selecionadas as mudanças nas regras de financiamento que mais impactaram os agentes do mercado de saúde brasileiro, as Normas Operacionais Básicas de 1991, 1993 e 1996, a Emenda Constitucional número 29, o Piso de Atenção Básica, e a Contribuição Provisória Sobre Movimentações Financeiras. Além disso, a parte do capítulo relacionada aos dados e análises do financiamento da saúde brasileira, busca ver se os recursos repassados para o financiamento da saúde foram suficientes para atender aos objetivos do SUS, com base em dados e análises de diferentes autores.

Finalmente, no último capítulo é feita uma associação de todas as informações apresentadas até então, aplicada aos hospitais privados, tentando apontar algum tipo de causalidade da criação do SUS e seu financiamento na taxa de participação dos hospitais privados conveniados ao SUS. Para isso, primeiramente é mostrada a relevância de se estudar o tema a partir da grande participação histórica dos hospitais privados nos serviços de saúde brasileiros. Logo em seguida, serão apresentados dados sobre a evolução dessa participação, concluindo o capítulo com análises sobre esses dados e opiniões de alguns autores.

II O HISTÓRICO DO SUS

Este capítulo tem como objetivo mostrar como se deu a criação e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como as mudanças impostas por esse marco legal em relação ao modelo vigente até então. Para isso, primeiramente será mostrado como era organizado o sistema de atendimento de saúde à população antes do SUS (os seus antecedentes) e os fatos que foram relevantes para sua criação, para posteriormente ser analisada a sua criação na Constituição de 1988 e a sua regulamentação na Lei Orgânica da Saúde, para finalmente serem mostradas as mudanças percebidas em relação ao modelo anterior de atendimento à saúde. Neste capítulo, foram excluídas as informações acerca do financiamento da saúde, as quais serão o objeto de análise do próximo capítulo.

II.1 DOS ANTECEDENTES

Antes da criação do SUS na Constituição de 1988, o Brasil não tinha como direito do cidadão o acesso à saúde do modo como se vê atualmente, de caráter universal. Todavia, a formulação do SUS nos moldes em que foi criado, assim como seus acertos e erros durante toda a década de 1990, reflete muito do que se passava nos anos anteriores à Constituição de 1988. Dessa maneira, é de vital importância explicar como era organizado o atendimento de saúde, pelo Estado, antes de 1988.

O movimento de proteção social no Brasil, principalmente no que concerne à assistência médica governamental, está muito relacionado à estruturação do sistema previdenciário brasileiro. Isso porque, mais fortemente a partir da década de 30, a assistência médica governamental passou a ser incorporada como benefício vinculado ao contrato de trabalho formal, atuando como uma espécie de seguro, no qual o trabalhador contribuía e por isso tinha acesso aos serviços (Menicucci, 2003). Não era, portanto, uma prestação pública a que tivesse direito toda a população, denotando um caráter excludente da política de saúde.

Além desse caráter excludente, os serviços de saúde no Brasil sempre se pautaram, desde os seus primórdios, na medicina liberal de caráter privado e na

filantropia. Menicucci (2003) denomina as ações do Ministério da Saúde (MS) de caráter filantrópico como um “sanitarismo campanhista”, no qual o Ministério se ocupava em fazer ações de caráter coletivo mais voltado para a erradicação de doenças e campanhas de vacinação. Já o caráter privado dos serviços de saúde no Brasil implicou, como será mais bem explicado posteriormente, numa grande participação da iniciativa privada nas ações de saúde do Estado.

Segundo Carvalho et al. (2009), não obstante os serviços de saúde do Estado serem excludentes, eles também podiam ser classificados como segmentados. Essa segmentação, segundo os autores, se dava de duas maneiras: uma institucional e outra de clientela. A primeira ocorria por um lado devido à histórica vinculação da assistência médico-hospitalar ao sistema de previdência social, e por outro das funções de saúde pública ao Ministério da Saúde, ficando assim divididas as atribuições do Estado. Já a segmentação de clientela decorria da existência de cinco categorias de pacientes, cada uma recebendo serviços com diferentes padrões de qualidade:

- a) Os pacientes particulares, os quais tinham renda suficiente para contratar os serviços diretamente com os médicos e hospitais, recebendo um atendimento personalizado e de melhor qualidade;
- b) Aqueles que tinham algum seguro de saúde (inclusos os servidores públicos);
- c) Os previdenciários urbanos, os quais tinham acesso a serviços de melhor qualidade;
- d) Os previdenciários rurais, que no início tinham serviços de saúde muito precários, mas que foram melhorando a partir da década de 70;
- e) Aqueles que não tinham acesso a praticamente nenhum tipo de assistência médica, salvo as ações de filantropia já explicadas anteriormente e de uma rede pública de baixa diversificação e alcance.

O quadro abaixo, extraído de Carvalho et al. (2009), mostra em linhas gerais como eram divididas as atribuições e funções do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS):

Quadro 1: Principais características do papel e da forma de atuação dos Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e da Assistência Social (MPAS) antes do SUS

Especificação	Características	
	MS	MPAS
Tipo de serviço predominante	Bens públicos (controle de doenças transmissíveis; vigilância sanitária)	Bens privados (atenção médico-hospitalar)
Forma de atuação	Direta, por meio da FSESP e Sucam e indireta por meio das secretarias de saúde	Fundamentalmente indireta, por meio do setor privado
Modalidade de financiamento	Transferências mediante convênios com secretarias de saúde	INPS: pagamento em função do tipo e da quantidade dos atos médicos Funrural: subsídio fixo
Fonte de recursos	Impostos gerais	Contribuição previdenciária
Clientela	Universalizada	Contribuinte
Localização dos serviços assistenciais próprios	Pequenos municípios (NO, NE e CO) áreas endêmicas	Grandes centros urbanos

Fonte: Carvalho et al. (2009), p. 21.

Com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966, como resultado de uma fusão de diversos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) de diversas categorias de profissionais organizadas¹, o seguro social foi estendido a todos os assalariados urbanos². Tal fato foi importante, segundo Menicucci (2003, p.69), pelo seguinte motivo:

“Após a criação do INPS, já no governo militar, (...) é que vai se constituir um consenso no sentido de que o Estado deveria estender os serviços de saúde a toda a população. Paralelamente à extensão da cobertura previdenciária, (...) verifica-se um movimento de ampliação da cobertura da assistência médica.”

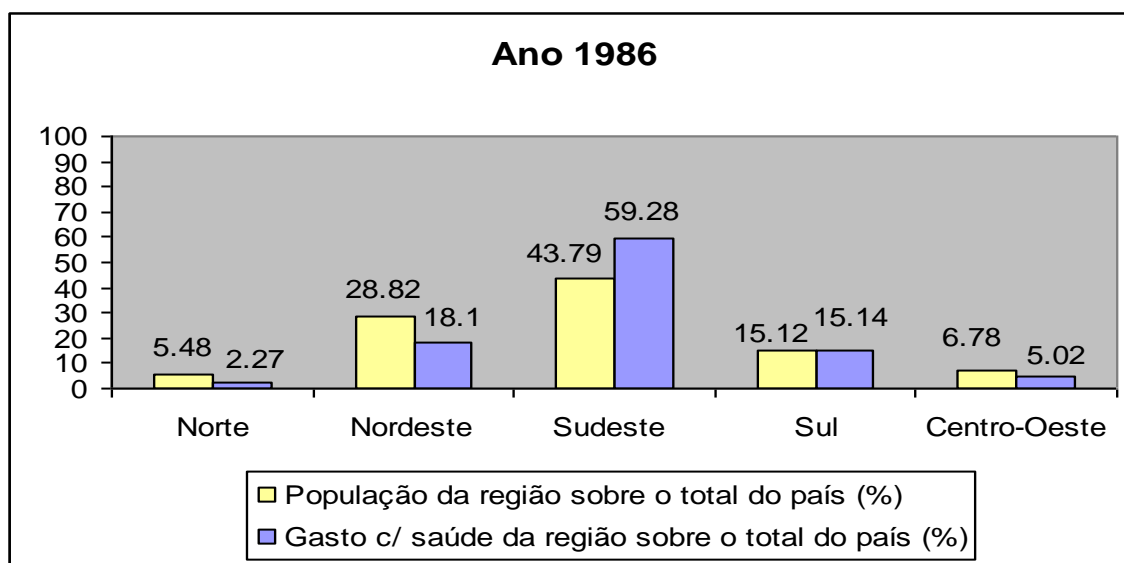
Em 1978, o INPS se desmembrou e ficou encarregado somente dos benefícios previdenciários pecuniários. Para o atendimento de saúde, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual aplicava nos estados recursos de modo proporcional à quantidade de beneficiários existente e ao volume de recursos arrecadados, como o INPS já fazia. Isso gerou, de certa forma, uma distorção entre as regiões brasileiras em relação ao volume de recursos gastos por parte

¹ Funcionavam como um Fundo de Previdência e tinham como direito do contribuinte o acesso a serviços de saúde

² Os assalariados rurais eram assistidos pelo FUNRURAL (criado em 1971), porém os serviços de saúde prestados estavam muito aquém em relação à qualidade daqueles praticados nas cidades.

do governo federal destinados à pasta da saúde. No Gráfico 1, a seguir, se vê que, na região sudeste, o montante gasto com saúde em relação ao gasto do país é muito superior à população da região em relação à população do Brasil. A região nordeste, por outro lado, apresenta uma situação inversa, o montante gasto com saúde em relação ao gasto do país na região é muito inferior à população da região em relação à população do Brasil. Devido à dinâmica de alocação de recursos do INAMPS com base no número de beneficiários, essa distorção tendia a se acentuar, ou a pelo menos se manter.

Gráfico 1: Desigualdades regionais no gasto com saúde no Brasil - 1986



Fonte: INAMPS (1987), apud SOUZA (2002).

Na década de 1970, antes da criação do INAMPS, ocorreu o início do se chamaria no Brasil de “Movimento da Reforma Sanitária”, o qual se caracterizou por uma articulação político-ideológica em prol de uma reforma sanitária como uma parte importante de um processo amplo de democratização do país. Ela foi caracterizada por buscar uma ampliação da oferta dos serviços de saúde para toda a população, buscando um maior grau de universalização e cobertura. Um marco importante do processo foi a participação do Brasil na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (atual Cazaquistão), a qual expressou a necessidade de uma ação mais contundente de todos os governos nas políticas relacionadas à saúde.

Aliado a Conferência de Alma-Ata, a crise da previdência que se acentuou no início da década de 1980, teve uma importante externalidade no que diz respeito ao

movimento sanitário – fez surgir o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). O CONASP tinha como objetivo racionalizar os custos crescentes do custeio de saúde do INAMPS, mudando o antigo sistema de contas hospitalares por unidades de serviço pelo cálculo do custo global do procedimento médico. Porém, a contribuição mais importante do CONASP foi a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983, uma co-gestão entre as Secretarias Estaduais de Saúde, o INAMPS e o Ministério da Previdência e Assistência Social. As AIS foram importantes tanto para o Movimento de Reforma Sanitária quanto para a constituição do SUS em 1988, já que foi a primeira iniciativa de unificação das ações de saúde na esfera governamental, delegando responsabilidades para as esferas federais, estaduais, e municipais em torno da saúde (CONASS, 2009).

Na metade da década de 80, o INAMPS parou de exigir dos pacientes - para prestação de serviços de saúde nos hospitais conveniados - a Carteira de Beneficiário e da Carteira de Trabalho e Previdência Social, o que pode ser visto como um primeiro passo para a universalização do atendimento, já que o atendimentos poderiam ser tanto ambulatoriais como hospitalares, desde que em unidades próprias do INAMPS ou das AIS (desde que públicas). Além disso, estendeu aos trabalhadores rurais (assistidos pelo FUNRURAL) os serviços que antes só eram prestados aos urbanos, o que melhorou a qualidade dos serviços, como mostra Levcovitz (1997), citado por Souza (2002, p.27):

“Tais medidas atraíram grande simpatia da opinião pública em geral e de alguns grupos específicos de trabalhadores, como os rurais, que até então estavam submetidos a muitas dessas restrições”.

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, cuja importância histórica, tanto para a reforma sanitária quanto para a criação do SUS se deu por terem sido lançadas ali as bases para um novo sistema de saúde, as quais culminaram com a criação do SUS em 1988. Diferentemente das conferências anteriores, os usuários dos serviços de saúde (médicos, gestores de hospitais etc) também foram convocados a participar, apesar dos prestadores de serviços privados terem se negado a ir. No total, cinco mil pessoas representantes de diversos segmentos sociais fizeram parte da conferência, cuja representatividade e relevância política contribuíram para dar visibilidade à “Reforma Sanitária”, sendo o relatório final da conferência a formalização do projeto da reforma.

Um ano após, em 1987, com base na conferência do ano anterior, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que preconizava a universalização do atendimento, a democratização das instâncias gestoras e a descentralização das competências, princípios que guiaram a criação do SUS na constituinte, e que eram elementos centrais da proposta da reforma sanitária. Portanto, o ambiente político-institucional no período imediatamente anterior à constituinte girava em torno da descentralização e universalização, num processo paralelo à democratização do país. Logo, é importante salientar a disposição da sociedade nesse momento e as ações do governo para tentar atender as demandas da população, que desembocaram na Constituição de 1988 (Souza, 2002).

II.2 DA CRIAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde foi criado no dia 4 de outubro de 1988, na Constituição Federal (CF) brasileira. Vários fatores influenciaram a forma como o SUS foi concebido, como a seção anterior tentou destrinchar ao apontar o Movimento da Reforma Sanitária, o papel do INAMPS, as AIS, o SUDS, os Ministérios da Saúde e da Previdência, além da VIII Conferência Nacional de Saúde. Diversos atores presentes na Reforma Sanitária, além de várias idéias trazidas por ela, estiveram presentes na Constituição, destacando-se a universalização e a descentralização dos serviços de saúde.

A CF de 1988 criou o SUS, porém sua regulamentação se deu nos anos subseqüentes, culminando com a Lei nº 8.080, também conhecida como “Lei Orgânica da Saúde”, a qual foi instituída em setembro de 1990. Seu artigo 1º, parágrafo único, diz que ela regula “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”. Além disso, a Lei diz como o SUS é constituído, ao dispor no artigo 4º (caput), que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).”

A Lei Orgânica dispõe sobre condições de recuperação, promoção, e proteção da saúde, porém os vetos do então presidente Fernando Collor a alguns pontos dessa Lei ³ culminaram com uma grande reação da sociedade civil organizada, gerando a criação da Lei nº 8.142, em dezembro de 1990, a qual dispõe sobre a participação da sociedade e as transferências intergovernamentais (CONASS, 2009). Essa segunda Lei surgiu como um complemento à primeira, sendo que ambas são consideradas aquelas que regulamentaram ou instituíram o SUS.

A CF de 1988, dentre todas as anteriores, dada a relevância política e para a sociedade que o tema saúde passou a ter com todos os movimentos pré-1988, foi aquela que mais se dedicou a esse tema em específico. Podem ser destacadas diversas inovações trazidas por ela em relação ao regime militar (1964 a 1985), como destacou Carvalho *et. al.* (2009): universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. A seguir, cada uma dessas inovações será mostrada, seja na CF ou na Lei Orgânica.

- 1) *Universalidade*: entende-se como universalidade uma característica de um sistema de saúde baseado na solidariedade. Dessa forma, seria um sistema organizado para atender as necessidades dos cidadãos e baseado em subsídios cruzados, onde os cidadãos que são produtivos e que fazem parte da população economicamente ativa financiam os outros cidadãos. Além disso, prevê também uma redistribuição de renda dos ricos para os pobres (EVANS, 1996; TITELMAN, UTHOFF; JIMÉNEZ, 2000, apud MENDES, 2001). Na CF brasileira de 1988, vê-se que realmente há uma transferência dos jovens para os idosos (Previdência Social), além de transferências das pessoas sãs para as doentes (SUS), porém a redistribuição de renda entre os mais abastados e mais pobres pode ser questionada.
- 2) *Integralidade*: o artigo 198, II, da CF dispõe que o atendimento de saúde deve ser integral, “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Isso significa

³ Principalmente no que toca a participação social via Conselhos e Conferências de Saúde

que o Estado deve prover atendimentos de saúde, quaisquer que sejam as necessidades dos cidadãos, em todos os níveis de complexidade de atendimento. Na Lei nº 8.080, artigo 7º, a integralidade aparece como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”

- 3) *Equidade*: Um serviço pode ser considerado equitativo quando há igualdade de direitos e deveres entre todos os cidadãos em relação àquele serviço. O artigo 196 da CF, diz que o acesso à saúde deve ser igualitário, porém não explicita formalmente o conceito de equidade. Só na Lei 8.080, artigo 7º, VI, que se evidencia mais formalmente o conceito de equidade, ao se definir que os cidadãos têm igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- 4) *Descentralização*: Diferentemente do regime militar, no qual havia uma grande centralização das decisões do governo na esfera federal, procurou-se - também como reação a isso - associar a CF a um conceito de descentralização na saúde. Isso se mostra presente no artigo 198, I, da CF, quando explicitamente se aborda, como uma das diretrizes do sistema de saúde, a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”. Nesse contexto, a competência municipal da prestação de serviços de saúde passou a ter bastante relevância, já que no artigo 30, VII, da CF, dispõe que o município deve “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento de saúde à população”. Antes desse artigo, os municípios não tinham quase nenhuma responsabilidade na prestação de serviços de saúde, ficando os mesmos a cargo da iniciativa privada e da esfera federal, esta principalmente relacionada ao controle de endemias.
- 5) *Participação Social*: o artigo 198, III, da CF diz que uma das diretrizes do sistema de saúde deve ser a participação da comunidade.

Porém, com o veto do presidente Fernando Collor à participação da sociedade via Conselhos e Conferências de Saúde, houve uma grande reação por parte desses setores, culminando com sua institucionalização na Lei 8.142. Apesar dos Conselhos e Conferências já existirem antes do SUS, as mudanças em relação ao sistema anterior, segundo Carvalho *et. al.* (2009), se deram por terem sido incluídas as participações dos usuários nos Conselhos, além deles terem passado a atuar nas três esferas de governo e ter caráter deliberativo, e não meramente consultivo.

Além de todas essas inovações, é importante também frisar como foi definida a participação do setor privado na CF, dado que é o tema de interesse desse trabalho. No artigo 199 da CF, além de definir que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, no parágrafo 1º, está disposto que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Ou seja, ao contratar serviços na iniciativa privada para complementar a provisão de serviços de saúde, o governo deveria priorizar os hospitais sem fins lucrativos (Santas Casas etc) em relação aos hospitais com fins lucrativos. Portanto, além de prover os serviços de saúde de maneira direta com os hospitais públicos, o governo pode contratar serviços na iniciativa privada.

Ao se introduzirem tantas mudanças legais na provisão dos serviços de saúde, seriam de se esperar mudanças em alguns indicadores de saúde. A próxima seção, portanto, mostrará alguns dados que têm relação com um melhor ou pior nível de prestação de serviços de saúde, tais como mortalidade infantil, expectativa de vida ao nascer etc. O intuito é mostrar dados de antes e depois de 1988, e tentar inferir se há alguma causalidade entre a CF de 1988, e as mudanças ocorridas nos indicadores de saúde a partir dessa data. É importante salientar que, além da criação do SUS, dezenas de outras mudanças no Brasil podem ter contribuído para mudanças nesses indicadores, tais como Produto Interno Bruto (PIB) per capita, nível de saneamento básico, melhoria nas condições de trabalho etc. Logo, inferir causalidade nesses indicadores, requer estudos mais aprofundados com arcabouço de econometria, o que pode ser interessante

para pesquisas futuras que tenham como objetivo analisar os efeitos diretos da criação SUS.

II.3 DAS MUDANÇAS

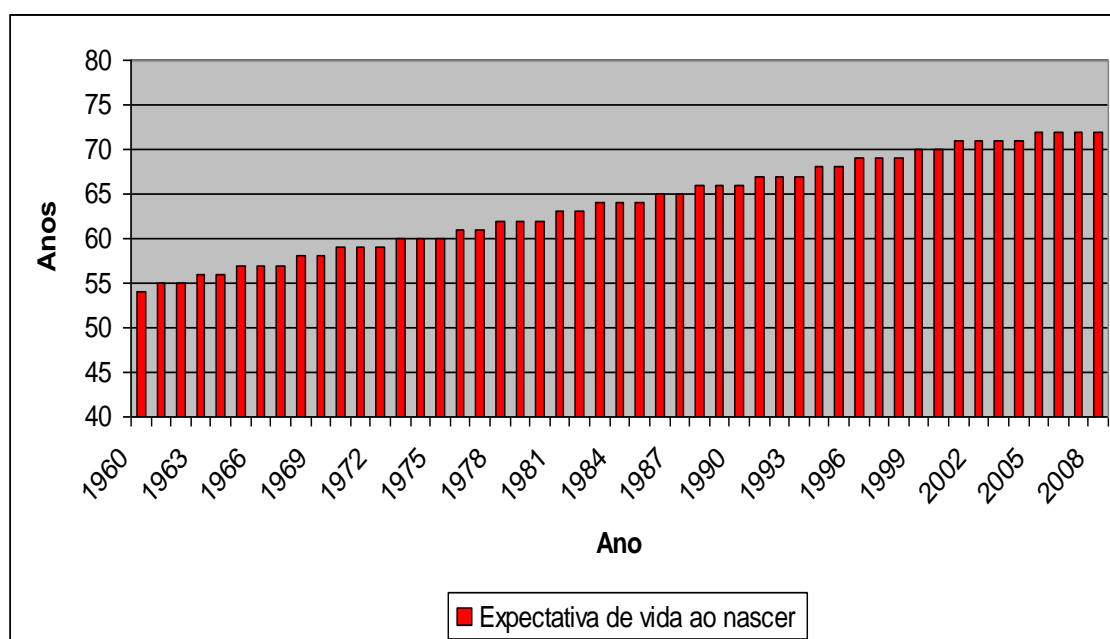
Antes da criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro, como já explicitado na seção anterior, era caracterizado por uma profunda desigualdade de direitos, o que se refletia muito nos dados dos indicadores de saúde. Apesar de atualmente se argüir que o sistema continua privilegiando os mais ricos, já que os mesmos podem contratar serviços de saúde na iniciativa privada caso os dos SUS sejam insatisfatórios, e que os cidadãos que dependem única e exclusivamente do SUS têm um atendimento pior relativamente, ao menos os mais pobres agora têm o direito de ser atendidos, diferentemente de antes da década de 1990. Esta pode ser considerada uma grande conquista do SUS, mesmo com todos os problemas de atendimento do mesmo.

Um indicador de saúde que, a princípio, diz muito de como se encontra o nível de atendimento público de saúde é o de expectativa de vida ao nascer. É razoável supor que países cujos sistemas de saúde são mais eficientes na provisão de serviços para o cidadão médio do país, e não somente os mais abastados, tendem a ter uma expectativa de vida ao nascer maior que do que em países com sistemas de saúde precários. Apesar de isso estar, de certa maneira, também relacionado com os avanços da medicina - caso seja analisada uma série de dados que abarque um período mais longo no tempo - e também com variáveis institucionais, como o poder regulatório que o Estado tem sobre o setor de saúde etc.

Devido à importância da expectativa de vida ao nascer, o Gráfico 1 abaixo mostra como esse indicador variou ao longo da segunda metade do século XX até 2008. É importante notar a trajetória ascendente do indicador, já que enquanto a expectativa de vida ao nascer era de 54 anos em 1960, em 2008 a mesma foi de 72 anos, um aumento, em anos, de 33%. Se for feita a mesma comparação entre o ano imediatamente anterior à CF de 1988 e 2008, vê-se que houve um aumento de 10%, passando de 65 anos em 1987, para 72 anos em 2008, o que também é bastante significativo, dado que aumentar em 1 ano a expectativa de vida ao nascer, quando a média já é de 65 anos, pode ser considerado mais difícil do que aumentar de 55 para 56, por exemplo. Essa

assunção, passível de críticas, reside no fato de que, independentemente da qualidade dos serviços de saúde que ele tiver à disposição, há um limite físico para a quantidade de anos vividos. Com base nisso, quanto maior a média da expectativa de vida ao nascer, marginalmente fica mais difícil galgar outro ano nesse índice, o que, em última análise, justifica a relevância dos 10% de variação de 1988 a 2008, justamente o período que entrou em vigor o SUS.

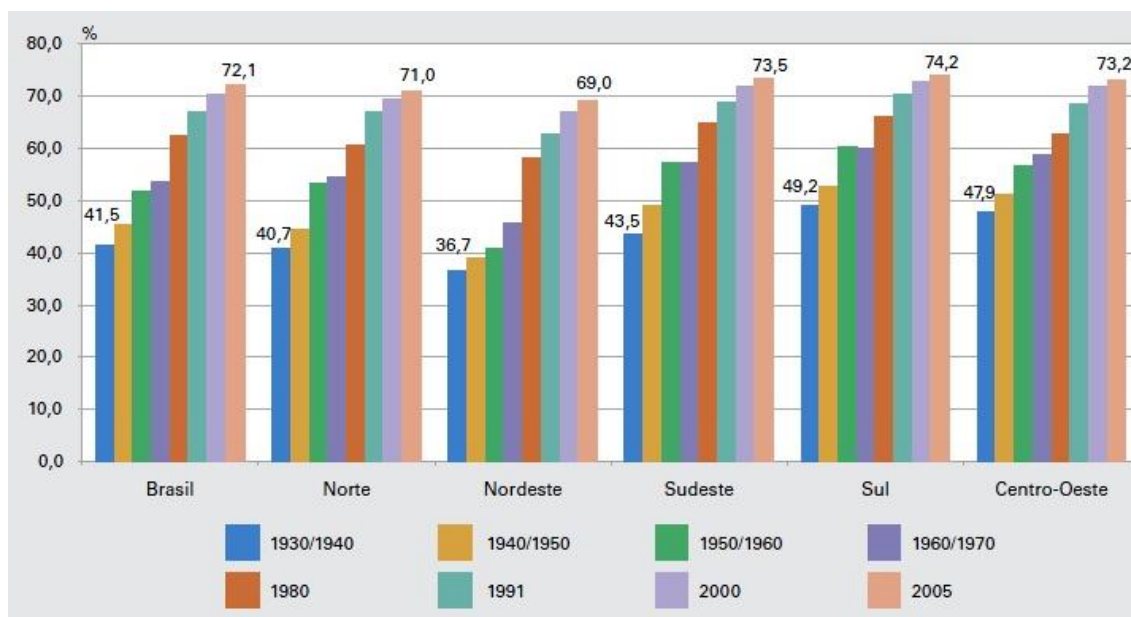
Gráfico 2 – Brasil - Expectativa Média de Vida ao Nascer – 1960 e 2008.



Fonte: Banco Mundial. Elaboração própria.

Olhando para o mesmo indicador, porém em uma série um pouco mais longa e dividida por grandes regiões, no Gráfico 2 se vê que ainda há uma diferença entre regiões do Brasil, porém bem menos significativa que do que foi, por exemplo, na década de 80. O que se vê claramente é que nas regiões mais ricas as pessoas vivem mais em média, o que é um contra-senso para um sistema de saúde que se propõe universal. Apesar disso, há que se enfatizar a diminuição das disparidades inter-regiões, o que pode ser entendido também como um dos sucessos do SUS.

Gráfico 3: Brasil - Expectativa de vida ao Nascer, segundo grandes Regiões – 1930 a 2005



Fonte: IBGE, PNAD 2005. Elaboração: CONASS (2009)

Outro indicador que também diz muito sobre como a saúde se encontra em relação às prioridades do governo é o de gastos com saúde em relação ao PIB. Ao ser feito uma comparação com outros países, o Brasil se encontra em uma posição intermediária, atingindo os valores médios da América Latina, porém muito distante dos patamares mínimos dos países desenvolvidos. Na Tabela 1 abaixo, se vê que o Brasil gastou, em 2003, 7,6% do seu PIB com saúde, sendo que a média da América Latina foi de 6,7%. Apesar disso, esse valor ainda se encontra muito distante dos 10,8% da média da OCDE.

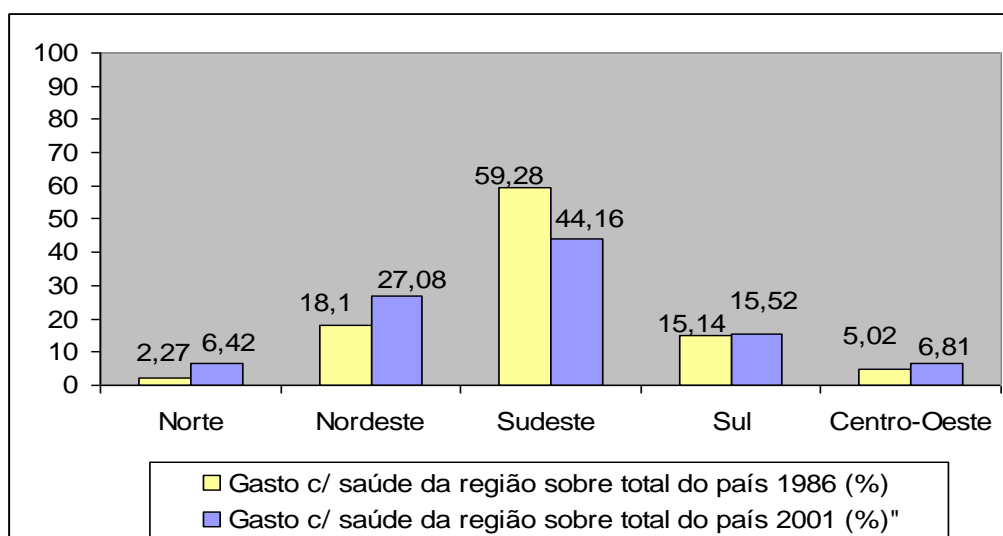
Tabela 1: Indicadores de Gasto em Saúde - 2003

Países	Participação da Saúde no PIB (%)	Participação do Público na Saúde (%)	PIB percapita (U\$)
Brasil	7,6	45,3	597
Argentina	8,9	48,6	1067
Chile	6,1	48,8	707
Colômbia	7,6	84,1	522
México	6,2	46,4	582
Venezuela	4,5	44,3	231
<i>Média América Latina</i>	6,7	54,4	622
Alemanha	11,1	78,2	3001
Canadá	9,9	69,9	2989
Holanda	9,8	62,4	2987
Reino Unido	0,8	85,7	2389
Estados Unidos	15,2	44,6	5711
<i>Média OCDE</i>	10,8	68,2	3415

Fonte: World Health Statistics (2006), Banco Mundial (2006). Elaboração: Ipea.

Ao comparar os gastos com saúde entre as regiões brasileiras, se vê que houve uma queda bastante acentuada nas desigualdades, se for feita uma comparação dos dados de 1986 com os de 2001, como mostra o Gráfico 3 abaixo. O que se vê é que grande parte dos gastos da região Sudeste “migraram” para outras regiões, caracterizando um tipo de redistribuição de renda, só que direcionado à saúde, que pode ser atribuída às mudanças implementadas pelo SUS

Gráfico 4: Brasil - Desigualdades Regionais no Gasto Público com Saúde – 1986 e 2001



Fonte: INAMPS, apud SOUZA(2002).

III O FINANCIAMENTO DO SUS

Este capítulo mostra como se deu o financiamento dos SUS a partir de sua criação na Constituição de 1988. A importância de se estudar o financiamento separadamente, reside no fato de que vários autores como Menicucci (2003) e Reis *et. al.* (2001) apontam o sub-financiamento do SUS como um inviabilizador sistêmico do sucesso do modelo, além de ser possível argumentar que tal fato também gerou externalidades negativas nos hospitais privados com fins lucrativos conveniados ao SUS. Portanto, o capítulo se divide em duas partes; na primeira parte serão mostradas como as regras de financiamento do SUS foram definidas a partir da CF de 1988, e na segunda serão mostrados dados do financiamento do SUS, além análises de alguns autores.

III.1 REGRAS

Antes da criação do SUS, os serviços de saúde no Brasil eram financiados com recursos do Orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, além do orçamento fiscal. Apesar de existirem duas fontes primárias de financiamento, a maior parte dos recursos advinha do Fundo de Previdência e Assistência Social, sendo que, durante a década de 80, sua participação no financiamento dos gastos de saúde representava cerca de 80% do total (CONASS, 2009), com o restante financiado pelos recursos do tesouro (orçamento fiscal).

A CF de 1988 estabelece que a saúde é um direito social que faz parte da Seguridade Social, a qual “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CF, art. 194). Além de definir que a saúde faz parte da Seguridade Social, a CF dispôs que o SUS será financiado nos termos do artigo 195, ou seja, a partir de recursos do orçamento da seguridade social, dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, da União, além de outras fontes.

Além disso, em relação à garantia de montantes mínimos para o financiamento da saúde, foi aprovado em 1988 o artigo 55 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o qual estabelecia que, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes

Orçamentárias (LDO), pelo menos trinta por cento (excluído o seguro-desemprego) do Orçamento da Seguridade Social deveria ser destinada ao setor de saúde (REIS ET. AL, 2001). Portanto, essa foi a primeira tentativa, já na CF, de se garantir uma fonte estável de financiamento para a saúde, apesar de que, ao atribuir a transitoriedade a essa vinculação, permitia que ano a ano a LDO definisse um montante diferente aos repasses para saúde, sendo que somente no ano 1989 foi assegurado o repasse de 30% definido nos ADCT.

Apesar de definir por quais esferas administrativas o SUS seria financiado, a CF não estabeleceu como se daria esse repasse dos recursos para a saúde. Dessa maneira, na Lei nº 8.080/90, ficou estabelecido que metade dos recursos destinados aos Estados e Municípios seria distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes (art. 35, VII, parágrafo 1º). Já a Lei subsequente a ela, nº 8.142/90, dispôs que os recursos do Fundo Nacional de Saúde deveriam ser destinados, de maneira regular e automática, à “cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados, e Distrito Federal” (art. 2, parágrafo IV), com base nos critérios do artigo 35 da Lei anterior. Além disso, definiu que pelo menos setenta por cento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde deveriam ser destinados aos Municípios, com o restante destinado aos Estados e Distrito Federal. Ademais, é importante frisar que para um Estado ou Município ter direito a receber os recursos para saúde, eles deveriam ter um Fundo de Saúde ⁴, já que os repasses seriam feitos Fundo a Fundo.

Apesar de todas essas atribuições, o arcabouço jurídico-legal do SUS, seja na CF de 1988, ou em sua instituição na Lei Orgânica da Saúde, não definiu de modo claro como se daria a operacionalização dos repasses de recursos de saúde do governo Federal para os Estados e Municípios, somente que os mesmos se dariam de maneira regular e automática, e que setenta por cento seriam destinado aos Municípios. Dessa maneira, foram necessárias regras específicas para esse processo, culminando com a criação das Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, as quais são definidas como

⁴ Além de possuir um Fundo de Saúde, os Estados, Municípios e o Distrito Federal deveriam possuir um Conselho de Saúde com composição paritária, plano de saúde, relatórios de gestão e contrapartida de recursos para a saúde no orçamento.

portarias do Ministro da Saúde ⁵, cujos objetivos são de definir diretrizes estratégicas para o processo de descentralização de saúde. Assim, elas contribuíram com a normatização e operacionalização dos repasses dos recursos destinados à saúde intra-esferas administrativas, e, dado seu caráter transitório, puderam ser reeditadas ou substituídas por outra assim que o processo de consolidação do SUS avançou (LEVCOVITZ *et. al.*, 2001).

As sucessivas NOBs tiveram estreita relação entre si, sendo que uma NOB tentava corrigir e incluir os pontos que não ficaram bem definidos, ou que não deram certo, na NOB anterior. Nelas, eram definidos critérios para os Municípios e Estados voluntariamente se habilitassem para receber recursos do Fundo Nacional de Saúde. A primeira NOB do SUS foi instituída em sete de janeiro de 1991 (NOB/91), e a ela pode ser creditada um maior envolvimento municipal na construção do novo sistema de saúde. Nessa NOB, o modelo de financiamento era condicionado à produção de serviços, sendo que foram estabelecidos critérios para o repasse de recursos federais do SUS para os Estados e Municípios, uniformizando os sistemas de remuneração da produção dos serviços de saúde, fossem elas prestadas por unidades públicas ou privadas.

A NOB seguinte ⁶ foi criada em 20 de maio de 1993, e teve uma grande importância relativa, já que definiu o caráter automático dos repasses do Fundo Nacional para os Fundos de Saúde (transferências Fundo a Fundo), como preconizado na Lei nº 8.080. Até então a remessa de recursos se dava diretamente ao prestador de serviço, com a necessidade da existência de um convênio. Além disso, a NOB/93 criou níveis de gestão Estadual e Municipal tais que cada nível correspondia a um tipo de atribuição que teria o Estado ou Município. Os níveis eram definidos como “Gestão Incipiente”, “Gestão Parcial”, e “Gestão Semi-Plena”, sendo que cada nível de gestão obrigava a esfera administrativa a ter certa autonomia local. A mais avançada era a “Gestão Semi-Plena”, que previa os repasses Fundo a Fundo.

⁵ As duas primeiras NOBs (NOB/91 e NOB/92) foram assinadas pelo presidente do INAMPS, antes do INAMPS ser incorporado ao Ministério da Saúde na Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993. Só a partir daí, já na NOB/93, é que são assinadas pelo Ministro da Saúde.

⁶ A NOB/92 foi suprimida por não ter sido muito relevante em termos de mudanças em relação à NOB anterior, sendo que praticamente manteve o que foi decidido na norma operacional anterior.

A importância dessa NOB reside no fato que, ao atribuir tal nível de autonomia local com a “Gestão Semi-Plena”, o SUS conseguiu viabilizar seu projeto de descentralização da saúde, com os Municípios tendo muito mais autonomia dos seus gastos e das ações de saúde. O que pesou contra foi a pouca adesão inicial dos Municípios a esse nível de gestão, sendo que somente 24 dos Municípios operavam com “Gestão Semi-Plena” em 1994 (SILVA, 2001).

A NOB/96, publicada em novembro de 1996, teve como um dos principais objetivos o de aumentar a participação municipal na gestão dos serviços de saúde, além de aumentar a participação das transferências Fundo a Fundo no total de transferências, diminuindo os repasses por produção. Para isso, a NOB/96 fez com que fossem alterados os níveis de gestão em que os Municípios poderiam se enquadrar, passando para dois: “Gestão Plena da Atenção Básica” e “Gestão Plena do Sistema”. O de gestão básica era definido como aquele em que os repasses Fundo a Fundo se davam somente para procedimentos de baixa complexidade (ambulatório e pequenas intervenções cirúrgicas), com os procedimentos de média e alta complexidade financiados via produção. Já os Municípios com o a gestão plena arcaram com a toda a gerência municipal dos serviços de saúde, com todos os recursos, seja de baixa ou alta complexidade, repassados Fundo a Fundo.

Apesar de ter sido publicada em novembro de 1996, somente no início de 1998 que foi realmente implementada. Durante o ano de 1997, foram instituídas várias portarias que alteraram o texto original da NOB/96, sendo a que teve mais destaque foi aquela que incluiu a criação do Piso de Atenção Básica, o qual se caracterizou por determinar valores per capita que seriam repassados automaticamente para Estados e Municípios (parte fixa), e valores com base na adesão a programas assistenciais de saúde (parte variável). O Quadro 2, extraído de Heimann *et. al.* (2001), resume essas três Normas Operacionais Básicas, segundo critérios de Racionalidade Sistêmica, Financiamento, e Modelos de Atenção.

Quadro 2: Brasil - Resumo das Normas Operacionais Básicas

Normas	Racionalidade Sistêmica	Financiamento	Modelos de Atenção
NOB 91	Ausente	Remessa direta ao prestador, segundo produção aprovada.	Ausente
NOB 93	Fraca: vinculada às iniciativas e discussões municipais isoladas	Remessa direta ao prestador, segundo produção aprovada. Transferência Fundo de Saúde à Fundo de Saúde, segundo montante definido no teto financeiro.	Define responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância sanitária e epidemiológica para a modalidade semiplena
NOB 96	Moderada: vinculada às iniciativas e às discussões intermunicipais, com participação e intermédio da instância estadual (Programação Pactuada Integrada - PPI)	Remessa direta ao prestador, segundo produção aprovada. Transferência Fundo de Saúde à Fundo de Saúde, segundo montante definido no teto financeiro. Transferência Fundo a Fundo segundo valor per capita, Transferência Fundo a Fundo segundo os critérios definidos por programas específicos. Transferência Fundo a Fundo segundo valor per capita e a definição de referências intermunicipais.	Pacs/PSF ⁷ : Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutritivas, cirurgias para catarata e varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infectantes, vigilância sanitária, atenção à população indígena e a outros).

Fonte: HEIMANN *et. al.* (2001).

Além das inovações que as NOBs trouxeram para o sistema de saúde brasileiro, como as transferências automáticas e regulares Fundo a Fundo, do Piso de Atenção Básica, e dos diferentes tipos de gestão em que os Municípios poderiam espontaneamente se enquadrar, é importante ressaltar a também importância da Emenda Constitucional nº 29 para a alocação de recursos para a saúde, além da criação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF). A CPMF foi criada em outubro de 1996, a partir da Lei nº 9.311, como uma resposta à falta de recursos para o financiamento do SUS, vinculando toda sua receita ao seu financiamento. Apesar de

⁷ O Pacs (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde) e o PSF (Programa de Saúde da Família) são programas assistenciais de saúde.

inicialmente ter toda sua receita vinculada à saúde, na data de sua segunda aprovação (1999), a alíquota de contribuição passou de 0,20% para 0,38%, adicionando 0,18% para a previdência social e mantendo a alíquota de 0,20% para a saúde. A CPMF foi extinta somente em dezembro de 2007, fruto de grande pressão política, já que parte dos recursos que seriam destinados que à saúde estavam sendo usados para programas de estabilização fiscal (Reis, 2001 e Carvalho *et. al.*, 2009).

A Emenda Constitucional nº 29 (EC29), aprovada em setembro de 2000, teve como principal objetivo vincular as receitas orçamentárias das três esferas de governo à saúde. A Emenda dispôs que o Distrito Federal e os Estados devem aplicar doze por cento de tudo o que foi arrecadado com impostos na saúde, sendo deduzidas as parcelas que são transferidas aos Municípios. Já estes foram obrigados, pela Emenda, a aplicar quinze por cento da sua arrecadação de impostos. Os resultados da EC29 foram bastante significativos, culminando com uma receita fixa e constante para o financiamento da saúde, o que pode ser visto na Tabela 2, com um aumento per capita significativo das despesas das esferas do governo, principalmente Estados e Municípios.

Tabela 2: Brasil – Despesa per capita com Ações e Serviços Públicos de Saúde por Nível de Governo – 2000 a 2005 ⁸

Em R\$ 1,00 médios de 2005							
Nível de governo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Var. %
União	181,49	184,77	185,12	175,07	195,14	201,68	11,12
Estadual	56,30	67,99	80,24	78,73	95,66	93,55	66,16
Municipal	65,92	76,34	89,84	87,45	97,67	109,40	65,95
Total	304	329	355	341	388	405	33,23

Fonte: SIOPS. Elaboração: Carvalho *et al.* (2009, p.31).

⁸ A variação percentual compara os valores de 2005 com os de 2000.

III.2 DADOS E ANÁLISES

Na seção anterior, foi discutido como se deu o financiamento da saúde no Brasil e como as regras dos repasses dos recursos evoluíram desde a criação do SUS. A explicação dessa evolução, portanto, é pré-requisito para se tentar analisar os efeitos dessas regras na provisão de recursos para financiar o SUS de maneira satisfatória. De maneira mais geral, será analisado se a quantidade, além da maneira como os recursos são repassados para prover serviços de saúde públicos, são suficientes para financiar a provisão de serviços de saúde de maneira adequada.

A tese defendida por vários autores como Menicucci (2003), Negri (2001), e Banco Mundial (2007), é a de que o sub-financiamento do SUS operou como um inviabilizador sistêmico do modelo de atenção à saúde. Mais do que poucos recursos, a falta de uma fonte estável de financiamento pode ser apontado como um dos maiores problemas enfrentados pela saúde. Ao fazer uma análise do período compreendido entre 1980 e 1993, no que toca ao financiamento dos gastos de saúde, Negri (2001) diz que:

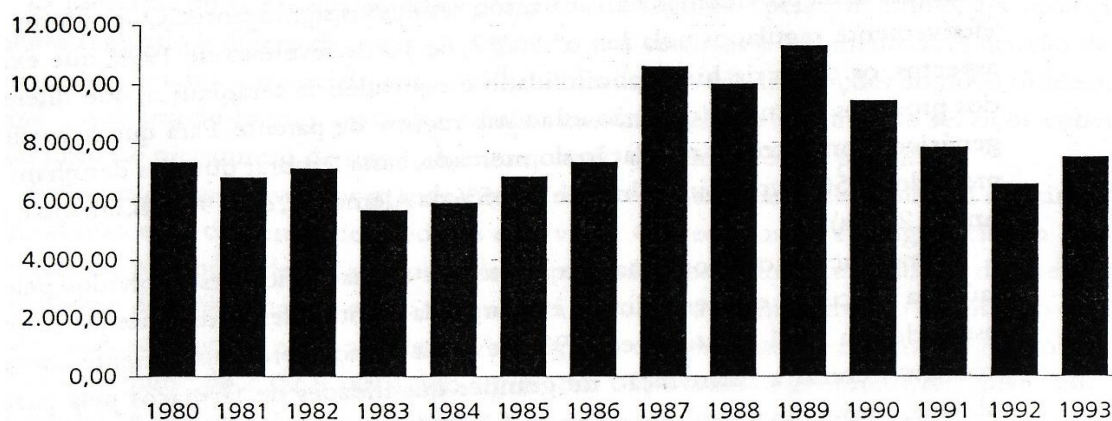
“As relevantes oscilações intensificadas pela inflação, tiveram consequências previsíveis no funcionamento do sistema público. Tal inconstância e insuficiência de recursos levaram a deficiências na manutenção da rede e na diminuição do ritmo de expansão e melhoria dos equipamentos. Parte expressiva do conceito de má qualidade dos serviços públicos de saúde teve origem nessas deficiências de financiamento (NEGRI, 2001, p.22).”

O fato destacado pelo autor pode ser verificado no Gráfico 4 a seguir, o qual mostra o gasto federal com a saúde de 1980 a 1993, em milhões de dólares ⁹. O que pode ser percebido é que os gastos federais com saúde sofreram muitas oscilações durante esse período, sendo que entre 1983 e 1989 houve uma tendência de aumento dos gastos sociais (inclusive a saúde) que pode ser atribuído ao momento político em questão, com a redemocratização e aumento da participação social dentre os gastos do governo. Apesar disso, nos outros anos se nota uma oscilação muito grande dos gastos, sendo percebidos determinados anos, como a partir de 1990, em que o gasto total com saúde decaiu. Ocorrer tal fato em uma população crescente, e dado que não há nenhuma

⁹ É importante frisar que a unidade de medida desses gastos é milhões de dólares, já que devido à inflação e algumas moedas diferentes que entraram em vigor nesse período, é mais adequado comparar os gastos em outra moeda que não teve tanta variação.

razão para se acreditar que as pessoas necessitarão menos de atendimento médico de um ano para o outro, pode ser visto como um grande problema estrutural.

Gráfico 5: Brasil - Gasto Federal em Saúde – 1980 e 1993 (milhões de dólares)



Fonte: Negri (2001), p. 22.

Para se fazer a mesma análise, só que para um período mais recente, a Tabela 3 mostra dados como gasto com saúde como proporção do PIB, o que dá uma noção de como a saúde é vista em relação à prioridade dos gastos federais. É importante ressaltar que o gasto federal com saúde denotado nessa tabela leva em consideração os repasses aos estados e municípios, já que, num contexto de descentralização, a não inclusão poderia viesar os dados da tabela, já que a execução dos gastos por estados e municípios passou a ter muita relevância.

O que se pode inferir da tabela é que os gastos federais com saúde como proporção do PIB apresentaram uma acentuada tendência de queda ao longo do período analisado. Além disso, houve grandes variações de um ano para outro nesse item, que pode ser verificado nos anos de 1996/97, por exemplo. Como é a variação porcentual do gasto com saúde como proporção do PIB, ao excluir o crescimento do PIB, pode-se ver realmente quanto foi a variação real do gasto com saúde. Nessa coluna de variação real do gasto com saúde como proporção do PIB, se vê que em 10 dos 14 anos da série histórica tiveram variação real do gasto com saúde como proporção do PIB negativa, o que pode ser interpretado que, relativamente, a saúde passou a ter menos relevância nos gastos federais totais.

Tabela 3: Brasil – Gastos Federais ¹⁰ com Saúde como Proporção do PIB – 1995 a 2008.

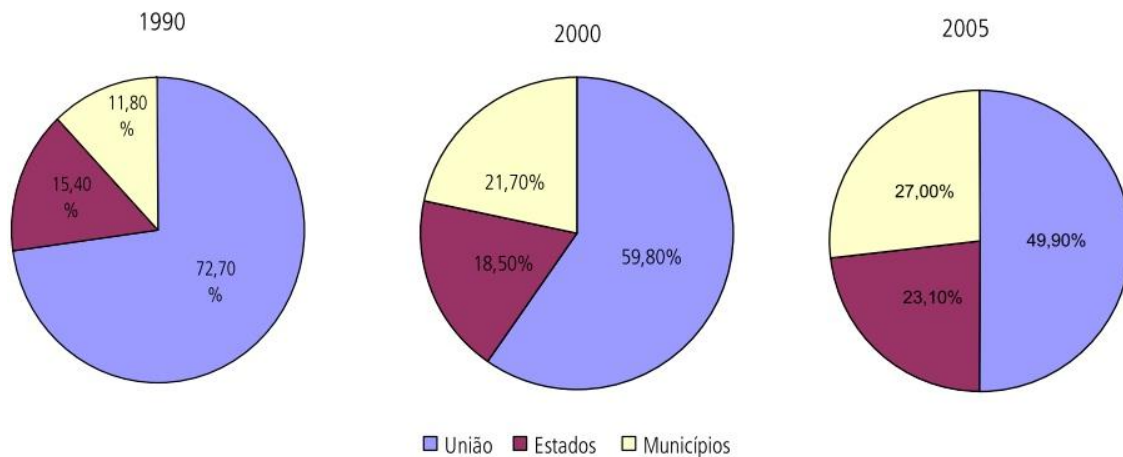
Ano	Gastos com saúde como proporção s/ gastos não financeiros (%)	Gasto com saúde como proporção do PIB (%)	Variação do gasto com saúde como proporção do PIB ano a ano (%)	Crescimento do PIB no ano (%)	Variação real do gasto com saúde como proporção do PIB ano a ano ¹ (%)
1995	9,8	1,79	-	-	-
1996	8,5	1,53	-14,53	2,15	-16,68
1997	9,5	1,67	9,15	3,38	5,78
1998	8,3	1,58	-5,39	0,04	-5,42
1999	9	1,69	6,96	0,25	6,71
2000	8,6	1,7	0,59	4,31	-3,71
2001	8,1	1,71	0,59	1,31	-0,72
2002	7,9	1,68	-1,75	2,66	-4,41
2003	7,7	1,58	-5,95	1,15	-7,10
2004	7,9	1,62	2,53	5,71	-3,18
2005	7,3	1,59	-1,85	3,16	-5,01
2006	7,4	1,68	5,66	3,96	1,70
2007	7,2	1,66	-1,19	6,09	-7,28
2008	7,2	1,67	0,60	5,16	-4,56

Fonte: IPEA/DISOC - estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR, das Contas Nacionais e do IBGE. Elaboração Própria.

Os dados negativos da tabela acima, de certa maneira, podem ser atenuados se for levado em consideração o aumento da participação dos Estados e Municípios no financiamento do SUS após a criação do SUS. Com o conceito de descentralização implantado durante a Constituição de 1988, que buscava também uma diversificação das fontes de financiamento do SUS, foi percebida uma considerável queda da participação da União no financiamento do SUS. Enquanto, durante a década de 80 até início de 90, a União era responsável por cerca de 75% do financiamento da saúde (Mendes 1996, apud Negri 2001), no Gráfico 5 abaixo se percebe como o financiamento por Estados e Municípios passou a ter maior relevância. Enquanto a União correspondia por 72% do financiamento do SUS em 1990, sua participação caiu para cerca de 50% em 2005. Já os Estados e Municípios aumentaram significativamente suas participações no financiamento do SUS, com maior destaque para os últimos, cujas participações aumentaram de cerca de 12% em 1990, para 27% em 2005.

¹⁰ A diferença nos valores observados em relação à tabela de Indicadores de Gasto em Saúde – 2003 (p.23) se deve pelo fato de aqui estarem sendo observados somente os gastos federais em saúde, e não a participação da saúde no PIB, a qual inclui a participação dos Estados e Municípios, além dos planos de saúde e gastos autônomos particulares.

Gráfico 6: Brasil - Participação das Esferas Administrativas no Financiamento do SUS em (%) – 1990 / 2000 / 2005



Fonte: SIOPS. Elaboração: Carvalho *et. al.* (2009).

Apesar do esforço do governo em tornar o financiamento do SUS mais descentralizado, com os Estados e Municípios com parcelas cada vez maiores da participação no financiamento, isso não significou eficiência do modelo de financiamento. Durante toda a década de 90 se procurou fazer com que houvesse uma fonte estável de financiamento para serviços de saúde, e que as mesmas não ficassem à mercê de instabilidades políticas e macroeconômicas. Um exemplo disso foi a criação da CPMF em 1996, do Piso de Atenção Básica em 1997, e dos pontos incluídos na Emenda Constitucional nº 29 de 2000. Todo esse esforço do governo foi uma resposta às demandas sociais e políticas por melhores serviços de saúde, implicando finalmente a estipulação de valores mínimos per capita a serem repassadas da esfera federal para as esferas sub-nacionais.

Para ilustrar a visão de que o modelo de financiamento do SUS apresentou limitações e que gerou externalidades bastante negativas na própria implementação do sistema, Menicucci (2007) apresenta o sub-financiamento do SUS como forma de inviabilização sistêmica da seguinte maneira:

“A questão do financiamento se tornou o calcanhar de Aquiles para a efetivação da reforma dado que não foi garantido aporte de recursos suficiente para efetivar a universalização e para a realização dos investimentos necessários à ampliação da rede

pública de serviços. A ausência de fontes estáveis de financiamento, os constantes atrasos nos repasses da União para estados e municípios levaram a uma degradação da qualidade dos serviços bastante acentuada nos primeiros anos do SUS, situação que se estabiliza em meados da década de 90 (Menicucci, p.308).”

Outro motivo pelo qual o SUS pode ter tido dificuldades na alocação de recursos e em sua sistemática de financiamento, reside na manutenção da existência do INAMPS, mesmo após a criação do SUS na CF de 1988 e sua regulamentação na Lei Orgânica da Saúde, sendo extinto somente em 1993. Tal argumento é defendido por Souza (2001), que faz um paralelo entre o modelo de financiamento do SUS e o do INAMPS, sendo que, mesmo após a criação do SUS, permaneceu a sistemática de financiamento do INAMPS, o qual foi criado para atender uma determinada parcela da população. Como o SUS se propôs a existir como um sistema universal de atendimento de saúde, preservar a lógica de financiamento do modelo anterior, no qual os serviços de saúde eram prestados somente aos assalariados com carteira assinada, gera insuficiências e mantém as desigualdades. Dessa maneira, segundo o autor, a extinção do INAMPS em 1993 foi um primeiro passo para romper com o sistema anterior, sendo que a medida que teve maior relevância foi a criação do Piso de Atenção Básica, já que se passou a repassar os recursos com base no valor per capita, sendo possível redistribuir melhor os recursos entre os Estados e Municípios, e atingir mais facilmente os objetivos do SUS.

Portanto, como visto nas explicações dos autores acima, um motivo em comum para que o SUS não tivesse tanto sucesso quanto se esperava é a questão do financiamento para atingir às metas ambiciosas do SUS, o qual agiu como um limitador. Apesar disso, a Emenda Constitucional nº 29 (EC29), juntamente com a criação do PAB, conseguiu ter efeitos significativos na quantidade de recursos repassados automaticamente principalmente para Estados e Municípios. Apesar de problemas gerenciais que ambos pudessem ter na hora de alocar os recursos e prover os serviços de saúde, mais recursos possibilitam uma maior oferta de serviços, no mínimo. Na Tabela 4 é mostrado como se deu a evolução da quantidade de recursos despendidos nos Estados, Municípios e Federação a partir de 2000, data da criação da EC29. É importante observar na tabela que os gastos nos Municípios aumentaram quase cinco vezes em oito anos, enquanto que os Estados aumentaram também em montante

parecido. Apesar de ter mais que dobrado, os gastos na esfera Federal tiveram um crescimento mais modesto, também fruto da orientação descentralizadora do SUS.

Tabela 4: Brasil - Despesas com Ações de Saúde e Serviços Públicos de Saúde – 2000 a 2008 – (em números índice ¹¹)

Ano	Federal	Estadual	Municipal
2000	100	100	100
2001	103	131	126
2002	100	163	163
2003	101	192	187
2004	118	254	223
2005	130	273	275
2006	142	314	320
2007	150	357	358
2008	167	442	438

Fonte: Ministério da Saúde / Secretaria – Executiva / Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (Gasto Municipal e Estadual); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde – FNS (Gasto Federal) e IBGE (PIB). Elaboração: SIOPS.

¹¹ Os valores em milhões correntes foram ajustados para variação real das despesas ano a ano, deflacionando a série pelo IPCA anual. A partir disso foi definido o ano de 2000 como ano base (100) e os valores subsequentes já consideram a variação da inflação.

IV A PARTICIPAÇÃO DOS SERVIÇOS PRIVADOS

Neste capítulo, busca-se explorar a taxa de participação dos estabelecimentos privados conveniados ao SUS no Brasil. Para isso, serão analisadas as séries históricas de estabelecimentos públicos e privados a partir de 1976 até 2009, com ênfase na comparação entre antes e depois do SUS. Na primeira seção, será mostrada a histórica presença privada na provisão de serviços de saúde no Brasil desde o início do século XX, para na segunda seção serem mostrados dados que têm relação com a participação privada no sistema de saúde brasileiro, procurando fazer uma comparação antes e pós-SUS. O capítulo se encerra com análises de diferentes autores sobre esse processo, apontando causas e resultados.

IV.1 HISTÓRICO

A presença do setor privado no Brasil na prestação de serviços de saúde esteve presente em todo o século XX, seja na prestação de serviços diretos aos pacientes, com os mesmos pagando por atendimento, ou conveniados a alguma instituição, seja a previdência social, ao SUS, a planos de saúde privados etc.

Desde o final do século XIX, já existiam organizações mutualistas as quais garantiam alguns auxílios de saúde aos associados, mesmo que essas organizações fossem de caráter voluntário a priori. Esse tipo de assistência se expandiu durante a República Velha, se estendendo aos trabalhadores. O passo seguinte do crescimento e consolidação do setor privado no atendimento médico se deu logo após a República Velha, no sentido de que algumas empresas passaram a oferecer assistência médica aos seus empregados. Dados da época entre 1911 e 1919, do Departamento Estadual do Trabalho, mostram que metade das trinta fábricas pesquisadas em São Paulo já oferecia algum tipo de assistência médica, mesmo que parte dos custos fosse transferida para os trabalhadores (Possas 1981, apud Carneiro 2001, apud Menicucci 2003).

Posteriormente, a partir da década de 1940, essas formas de prestação de serviços se expandiram para as empresas estatais, multinacionais e algumas instituições públicas, além do crescimento dos IAPs, os quais culminariam com a criação do INPS, como já foi abordado no segundo capítulo. Como exemplo mais bem sucedido de um desses planos de assistência privados restritos a determinadas categorias de trabalhadores, os bancários do Banco do Brasil de cidades do interior criaram a Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), a qual tinha um serviço de atendimento médico muito superior ao praticado nas cidades da capital. Como os convênios desse tipo eram entre fundos de previdência – ou planos privados – e serviços médicos privados, seja com atendimentos em hospitais com internação, seja em ambulatório, o setor privado se reforçou e estendeu seu poder e participação no atendimento médico. Apesar disso, os IAPs e os planos geraram um efeito negativo no que tange à universalidade dos serviços, já que institucionalizaram uma segmentação corporativa, por meio de uma ação discriminatória do Estado, o qual garantia benefícios para uma pequena parcela da população, e ignorava uma grande parte, mesmo que fosse assalariada (Vianna, 1998, apud Menicucci, 2003).

Na década de 1960, a assistência médica das empresas passou a ter estímulo de políticas públicas, as quais garantiam um subsídio governamental para o custeio dessas assistências por meio do convênio-empresa. O resultado dessa iniciativa governamental foi um grande estímulo a essa prática empresarial, as quais ainda atuavam de maneira tímida nas décadas anteriores. Com a criação do INPS em 1966, unificando todos os IAPs e centralizando no Ministério da Previdência e Assistência Social os repasses do governo aos hospitais e serviços privados conveniados, aumentou substantivamente a demanda por serviços, o que teria que ser acompanhado por um aumento de oferta. Esse aumento da oferta foi suprido também por serviços privados, contratados pelo INPS.

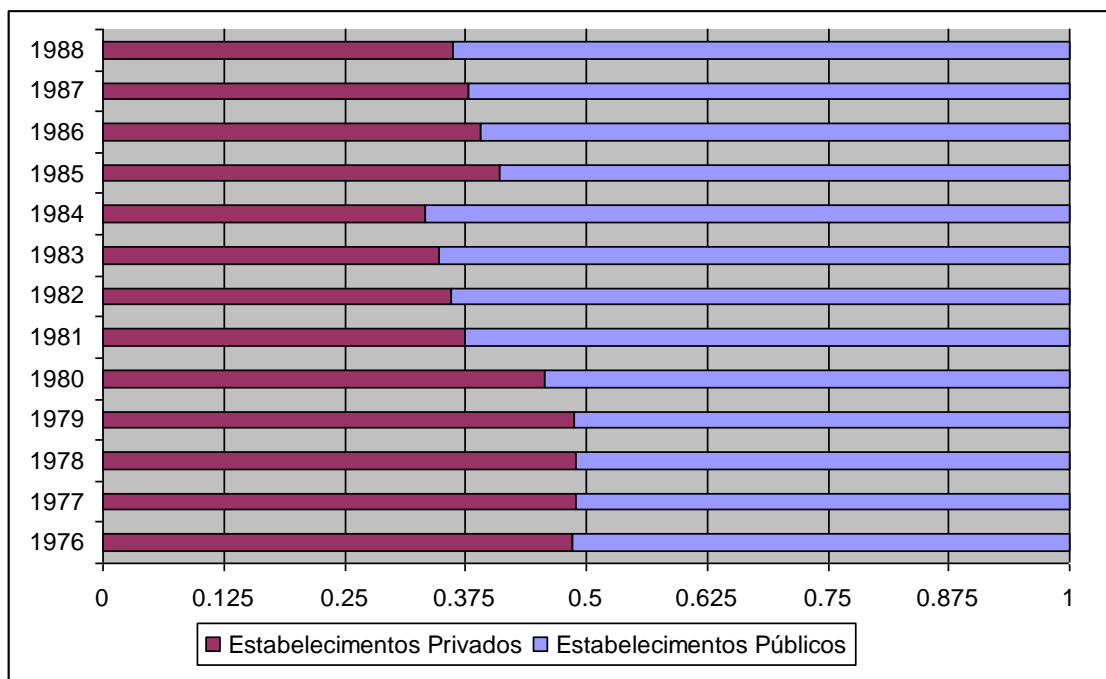
Um outro aspecto relevante da presença do setor privado se expressa nos planos de saúde, os quais utilizaram-se do padrão de financiamento público na compra de serviços desde 1967 com o decreto lei número 200 (isenções fiscais), seguindo o modelo dos Estados Unidos (Ocké-Reis, 2009). O modelo americano era baseado em subsídios e benefícios do empregador, o que gerava uma externalidade negativa para o fortalecimento do sistema público, já que os planos de saúde, como classe, faziam lobby no Congresso sobre medidas que os favorecessem, o que não necessariamente eram as

demandas da população no que toca a saúde pública. Sendo assim, ocorria no Brasil o que foi denominado por Vianna (1998), citada por Ocké-Reis (2009), de “americanização perversa” da seguridade social, que seria o não alinhamento dos trabalhadores do pólo dinâmico da economia com as questões de interesse público. Isso ocorria pelo fato dos mesmos estarem protegidos por planos de saúde, distorcendo os incentivos dos trabalhadores e seus representantes políticos para apoiar a universalização do atendimento a saúde da maneira necessária.

Apesar disso, o INPS deu grandes passos no sentido da universalização da assistência médica ao introduzir um elemento de consenso de que os serviços de saúde deveriam ser estendidos a toda população. Também em decorrência disso, houve um movimento de ampliação da cobertura da assistência médica durante toda a década de 1970 com o INPS, e na década de 1980 com o INAMPS, com uma maior procura pela universalização dos serviços ao incluir até os trabalhadores rurais ao sistema, e ao deixar de exigir a apresentação de carteira da previdência para o atendimento médico.

Paralelo a isso, o que se verificou durante a década de 1980, como pode ser visto no Gráfico 6, é que a participação dos hospitais privados sobre o total de estabelecimentos públicos caiu até a metade da década de 1980. Parte disso pode ser explicada pela criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha como um dos seus objetivos racionalizar os custos muito altos do INAMPS, os quais contribuíram com a crise da Previdência da década de 1970. Com essa racionalização de custos, houve uma resistência da Federação Brasileira de Hospitais em relação a essa proposta, o que pode ter contribuído para a queda da participação dos estabelecimentos privados sobre o total, já que além desse fato, outro objetivo do CONASP era reativar e dar ênfase aos serviços públicos de saúde.

Gráfico 7 – Brasil - Proporção de estabelecimentos de saúde públicos e privados sobre o total de estabelecimentos ¹² – 1976 a 1988



Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médica e Sanitária 2009.

Ao apresentar o desenvolvimento e a participação da iniciativa privada no setor de saúde brasileiro até a criação do SUS, vê-se que desde o início do século XX, quando a iniciativa privada atuava na forma medicina liberal, cabendo ao governo o papel da filantropia, a parte prestadora de serviços do setor privado cresceu à sombra das políticas públicas, “favorecida por incentivos financeiros e pela garantia de mercados cativos pela via dos financiamentos públicos” (Menicucci, 2003, p.316). Sendo assim, ao se fortalecer às custas dos financiamento público, o setor privado ganhava força e voz política, culminando em um círculo vicioso.

¹² O total de estabelecimentos, na Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE, se dividem somente entre privados e públicos, não havendo outro tipo de categoria. Da categoria “estabelecimentos de saúde”, estão excluídos os consultórios médicos particulares destinados à consulta e os estabelecimentos que atendem à uma clientela restrita. No mais, não há distinção entre tamanho dos estabelecimentos e nem o número de leitos, incluindo estabelecimentos com internação e somente ambulatoriais.

Na próxima seção, serão analisados dados sobre a participação dos hospitais privados nos serviços de saúde no Brasil. O foco do tópico se concentrará no período a partir da Constituição de 1988 até o ano de 2009, que é o período de estudo desse trabalho. Serão realizadas análises descritivas sobre as séries históricas, apontando tendências.

IV.2 DADOS

Com a criação e a formulação de um novo sistema de saúde a partir do SUS, pode-se afirmar que houve uma grande mudança em boa parte da estrutura institucional e de incentivos de toda a economia brasileira. Especificamente no setor de saúde, a criação do SUS mexeu tanto com a participação do governo nas ações de saúde, seja como provedor ou contratante, quanto com a iniciativa privada. Apontar claramente causalidades nesse processo, pode se tratar de uma tarefa que talvez careça de uma maior precisão, haja vista as inúmeras leis e resoluções que ocorreram ao longo da década que impactaram de maneira distinta - muitas vezes conjunta - a saúde. Porém, é possível se estabelecer relações entre as variáveis, algo que será feito nesta seção.

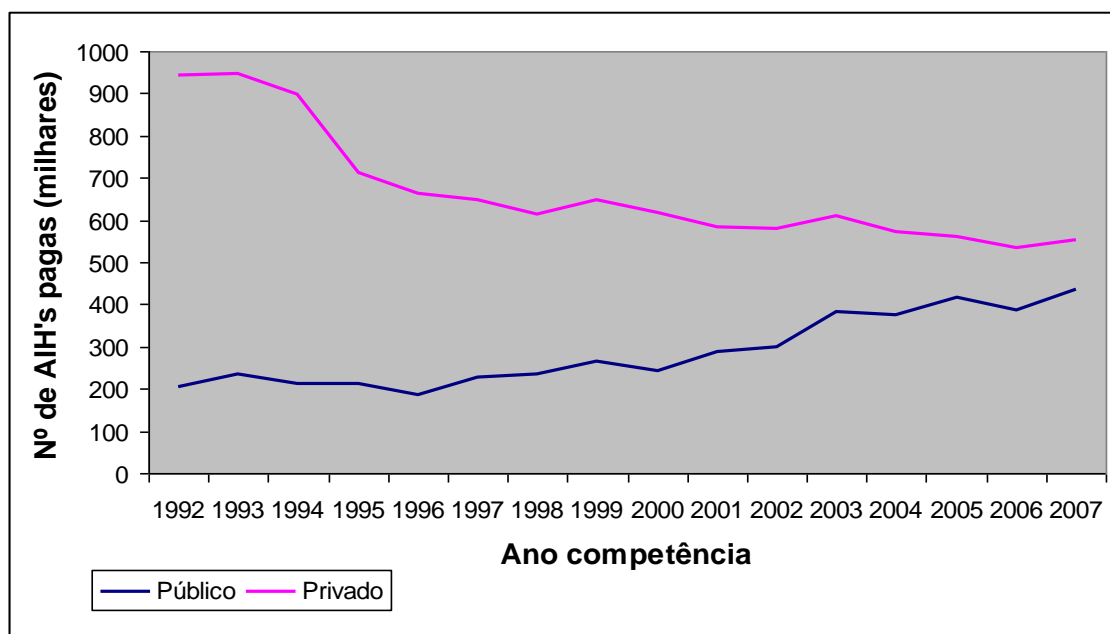
Os dados serão apresentados de modo a tentar olhar a dinâmica da participação dos hospitais privados na provisão de serviços de saúde. Dada a histórica participação privada na saúde brasileira, é importante ver como o SUS afetou a oferta desses serviços, já que eles historicamente sempre tiveram bastante relevância, como mostrado na seção anterior. Para efeitos de focalização da abordagem, será feita uma distinção entre a oferta de serviços de saúde pelos hospitais privados no sistema de saúde, e de planos e seguros de saúde, os quais estão sendo excluídos neste estudo. Além disso, ao se referir à prestação de serviços privada, estão inclusos os estabelecimentos com e sem fins lucrativos, sendo explicitado no texto quando houver alguma diferenciação entre essas duas categorias.

Primeiramente, um dos dados mais relevantes para a taxa de participação dos hospitais privados no SUS é o número de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's) por competência. A AIH é a maneira pela qual os hospitais, sejam públicos ou privados, recebem os recursos após fazer algum tipo de procedimento hospitalar. Dessa maneira, uma cirurgia de apêndice que é feita em um hospital na data de hoje, por

exemplo, é paga pelo SUS após o preenchimento, por parte do hospital, dessa AIH. Após isso, com base em uma tabela do SUS que define quanto custa um procedimento desse porte e com essas características, o hospital é ressarcido pelos seus custos.

No Gráfico 7, com alguns dados que originaram o gráfico explicitados logo abaixo, se vê como houve uma grande tendência de queda na quantidade total de nº de AIH's Pagas a partir de 1992, pelos hospitais privados. Por outro lado, houve um crescimento do nº de AIH's pelos estabelecimentos públicos, porém ele menos que compensou a queda nos estabelecimentos privados, reduzindo o montante final em aproximadamente 14%. Esses dados sugerem uma tendência ao descredenciamento dos estabelecimentos privados com o SUS, cujos possíveis motivos serão mostrados na próxima seção.

Gráfico 8: Brasil – Nº de AIH's Pagas pelo SUS por Competência – 1992 a 2007



Ano	Público	Privado	Total
1992	206.002	941.546	1.147.548
1995	211.702	713.084	924.786
1998	235.528	613.020	848.548
2001	289.279	583.187	872.466
2004	375.623	573.463	949.086
2007	434.342	552.783	987.125

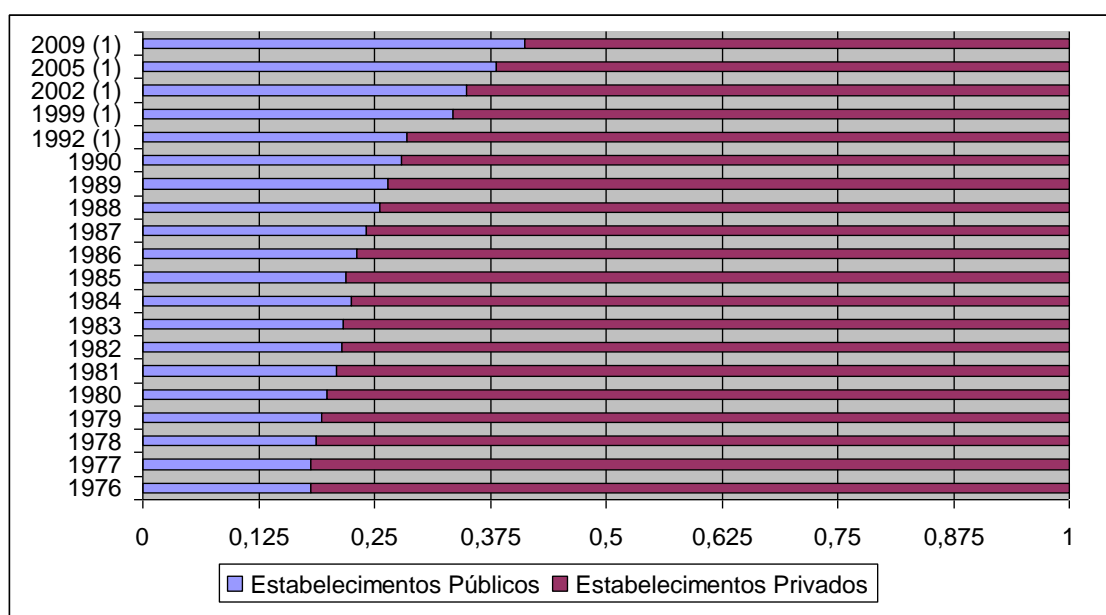
Fonte: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009. Elaboração própria.

Os Gráficos 8 e 9 mostram a quantidade de estabelecimentos públicos e privados no total de estabelecimentos do Brasil em termos percentuais. A distinção entre os

gráficos reside na categoria “Com Internação” e “Sem Internação” se faz presente pelo argumento de que o Estado brasileiro não tem condições de prover todos os serviços de saúde para a população, o que inclusive já estava previsto na Constituição (art. 199, parágrafo 1), quando a mesma estabelece que a iniciativa privada deva complementar a oferta de serviços públicos. Como a rede privada antes do SUS era composta basicamente por hospitais onde há internação e que ofertavam serviços de maior complexidade se comparados ao sem internação (basicamente atendimento ambulatorial), analisar como esse índice se comportou ao longo dos anos – principalmente após o SUS – se torna interessante na medida em que há uma grande diferença na participação dos hospitais privados quando se leva em consideração essas duas categorias.

O que pode ser visto no Gráfico 8, é que claramente os hospitais privados predominavam, e ainda predominam, quando se leva em conta os estabelecimentos com internação, sendo que exatamente antes da criação do SUS, em 1988, eles representavam cerca de 75% do total, caindo para aproximadamente 58% em 2009, denotando uma queda bastante acentuada em 20 anos.

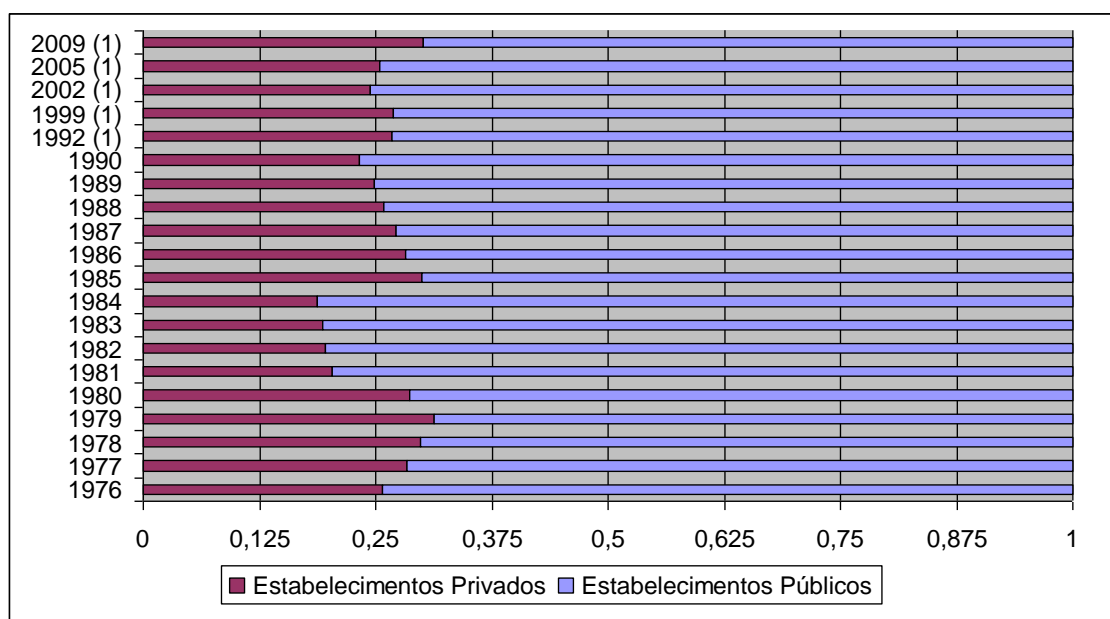
Gráfico 9: Brasil - Participação dos Estabelecimentos com Internação no Total por Competência em (%) – 1976 a 2009.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009. Elaboração própria. (1) Exclui os estabelecimentos que realizam exclusivamente Serviços de Apoio à Diagnóstico e Terapia.

Ao verificar-se o mesmo dado, porém selecionado para estabelecimentos sem internação hospitalar, se vê uma grande participação de estabelecimentos públicos no total. Ao contrário do gráfico anterior, onde a participação privada é bastante relevante, aqui os estabelecimentos privados não passaram de 30% do total em toda a série histórica. Uma das justificativas para essa diferença é que procedimentos que remuneram melhor o hospital em relação ao custo do procedimento são aqueles de alta complexidade, e que, em geral, necessitam de internação. Portanto, seguindo uma lógica do prestador privado de serviços de saúde, oferecer somente ambulatorio e não ter leitos para internação é “menos lucrativo”, já que a tabela de pagamento para procedimentos ambulatoriais (ou de baixa complexidade) é menos rentável para o hospital em relação à tabela de alta complexidade.

Gráfico 10: Brasil - Participação dos Estabelecimentos com Internação por Competência em (%)
– 1976 a 2009.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009. Elaboração Própria. (1) Exclusive os estabelecimentos que realizam exclusivamente Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia.

Para analisar como os hospitais com fins lucrativos se portaram após a criação do SUS, estão explicitados na Tabela 4 os hospitais divididos entre aqueles com fins lucrativos, sem fins lucrativos e públicos. Nessa tabela se percebe quão acentuada foi a queda dos hospitais com fins lucrativos (denotados na tabela como “Demais privados”)

na participação geral de todos os índices. Como a série histórica abrange um período relativamente curto, porém que conteve a maior parte das mudanças nas regras de financiamento do SUS, essa queda pode estar muito relacionada a essas mudanças contínuas.

Em 1995, por exemplo, a participação dos hospitais privados com fins lucrativos nos gastos do SUS com internações correspondia a aproximadamente 37% do total. Já em 2005, o mesmo item correspondeu a 17% da participação, uma queda de aproximadamente 54% em apenas 10 anos. Além disso, sua participação no quantitativo de internações, no mesmo período, também teve uma queda acentuada, aproximadamente no mesmo montante da queda na participação dos gastos do SUS. Logo, pode-se inferir que uma das causas dessa queda foi o descredenciamento dos hospitais privados com fins lucrativos do SUS, além de um aumento da quantidade de hospitais privados sem fins lucrativos e dos hospitais públicos. Vale ressaltar que no período analisado houve uma queda de aproximadamente 13% no quantitativo total de leitos e de 10% no número de internações pagas pelo SUS, apesar da população brasileira ter crescido cerca de 18% (Carvalho *et. al.*, 2009, p.59).

Tabela 5: Brasil: Perfil da Rede de Assistência Médica Hospitalar – 1995 a 2005

Hospitais por natureza		1995	2000	2005
Participação na composição da rede – Quantitativo de leitos (%)	Públicos	30,56	32,4	34,52*
	Privados sem fins lucrativos	25,46	33,46	35,90*
	Demais privados	43,99	34,14	29,59*
Participação nos gastos do SUS com internação (%)	Públicos	37,29	36,83	39,1
	Privados sem fins lucrativos	25,49	37,97	43,39
	Demais privados	37,22	25,2	17,51
Participação no quantitativo de internações (%)	Públicos	31,12	37,12	42,8
	Privados sem fins lucrativos	30,62	37,64	39,75
	Demais privados	38,26	25,24	17,45
Valor médio da internação (R\$1,00)	Públicos	302,51	406,2	556,05
	Privados sem fins lucrativos	210,09	412,93	664,45
	Demais privados	245,62	408,74	610,77
	Geral	252,44	409,37	608,68

Fonte: SIH/SUS – Datasus/MS. Elaboração: CARVALHO ET. AL (2009). (*) últimos dados são de 2003.

Outro ponto a ser destacado na Tabela 4 é que houve majoritariamente uma transferência da participação de hospitais privados com fins lucrativos para os sem fins lucrativos. Apesar da participação dos hospitais públicos ter crescido no período, o dado mais relevante é a queda da participação dos hospitais com fins lucrativos acompanhado da subida, quase em montante igual, dos hospitais sem fins lucrativos. Logo, é

importante ressaltar que a provisão de serviços de saúde não mudou muito em sua composição se for feita uma análise entre públicos e privados, já que a maior mudança ocorreu dentro da categoria dos “privados”.

IV.3 ANÁLISES

Esta seção buscará ver alguma causalidade para os dados da seção anterior, ou seja, tentará ver os motivos que fizeram com que houvesse uma queda da participação dos hospitais privados contratados pelo SUS, mais especificamente aqueles com fins lucrativos. É evidente que não será feita nenhuma afirmação de origem determinística, dado que vários fatores contribuíram para a evolução do setor de saúde no Brasil. Porém, assunções de caráter probabilístico se mostram interessantes dado que há alguma convergência entre diferentes autores, como será mostrado a seguir, sobre os motivos da queda do setor privado após o SUS.

Para justificar a importância do setor privado na prestação de serviços de saúde, Reis (2000), citado por Silva (2001), diz que é possível verificar uma dependência recíproca do Estado com o setor particular, de maneira que o Estado depende do setor particular contratado, já que é incapaz de prover todos os serviços de saúde. Já o setor particular contratado depende também dos gastos públicos em saúde para se manter. Logo, essa dupla dependência gera reações que, caso o Estado tenha problemas para financiar a saúde, o setor particular vai arcar com isso, possivelmente fechando as portas ou se descredenciando do SUS. Ao fazer isso, o SUS perde capacidade instalada e capacidade de atender a população. Logo, o financiamento do setor de saúde se mostra tão importante para se analisar o sucesso do SUS, já que o descredenciamento dos hospitais particulares (principalmente os de fins lucrativos, por serem os mais sensíveis à mudanças nas regras de financiamento) indicam se o financiamento do SUS está funcionando, e se há incentivos de se ofertar mais serviços de saúde.

Ao abordar a oferta de serviços de saúde dessa maneira, há uma tendência a se relacionar que serviços privados de saúde tendem a ser sempre melhores que os públicos. Parte da análise está correta, já que quem contrata serviços de saúde particulares diretamente com os hospitais (*out of pocket*), tende a ser mais bem atendido simplesmente porque paga melhor que o público e os planos de saúde. Porém, quando

um hospital privado com fins lucrativos atende tanto o SUS, quanto planos de saúde e pacientes particulares, há uma tendência a se privilegiar estes últimos, já que eles remuneram melhor o hospital. Essa distorção pode fazer que os serviços hospitalares privados, mesmo com melhores equipamentos do que os públicos, deixem de prestar serviços ao fazer essa seleção de pacientes, dispensando tratamentos diferentes, ou mais especificamente, tratando dos pacientes que desejam e deixando o residual dos leitos para os pacientes do SUS.

Outro ponto que é bastante discutido no que diz respeito aos gastos do SUS e aos gastos do governo em geral, se refere à ineficiência gerencial do SUS, ou seja, o *clichê* que se gasta muito e se gasta mal. Uma estrutura hospitalar é cara, e dada a ordem de urgência das demandas por medicamentos, necessita de agilidade no processo de compra e alocação de recursos. Devido a isso, pode-se argumentar que os hospitais públicos, por causa das regras que têm que seguir na hora da compra de medicamentos, sempre operam com escassez, não conseguindo prover os serviços de maneira adequada. Tal argumentação no contexto atual faz sentido, porém dizer que um hospital público sempre será menos eficiente que um hospital privado soa reducionista. Isso porque os hospitais públicos têm esses problemas devido a sua distorcida estrutura de incentivos e burocrática, portanto nem mesmo a afirmação de que se gasta muito faz sentido, já que não há como medir se a ineficiência dos serviços provém de falta de recursos ou da ingerência administrativa. Corroborando esse ponto, Reis (2009) aponta que:

“a adoção de medidas de eficiência capazes de levar a melhores práticas não pode servir de base para que se corte o nível de recursos financeiros ou organizacionais do SUS; pelo contrário, a melhoria da eficiência pode, na realidade, exigir o aumento dos gastos. Essa hipótese merece uma séria reflexão, em especial quando economistas renomados internacionalmente, ao analisar o sistema americano, sugerem que há pouca evidência de que ‘(...) o setor privado possa oferecer assistência à saúde mais eficiente do que a oferecida pelo governo’ (KRUGMAN; WELLS, 2006 p.2, apud Reis, 2009, p.13)”.

Voltando aos dados da seção anterior, uma primeira interpretação consiste no motivo de ter havido uma quantidade maior de estabelecimentos públicos em relação

aos privados quando os mesmos são divididos na categoria “Sem Internação”. Segundo Menicucci (2007),

“Ao longo das últimas duas décadas, tem ocorrido a ampliação da rede pública, mas principalmente ambulatorial voltada para serviços básicos (...). Essa expansão mostra o esforço efetivo no sentido de universalização do acesso à atenção primária, mas a expansão da rede hospitalar é apenas pontual (Menicucci, p.317).”

Ou seja, dada a sua incapacidade de prover todos os serviços de saúde no Brasil, principalmente pelo próprio tamanho do país e sua heterogeneidade, claramente o SUS focalizou seus esforços na cobertura ambulatorial (baixa complexidade), deixando o restante (alta complexidade) para ser provido pelos hospitais privados. Porém, ao fazer isso, o Estado fica em uma situação arriscada na medida em que pode haver um grande descredenciamento dos hospitais privados do SUS. Como a iniciativa privada complementa a prestação de serviços de saúde, caso haja um descredenciamento em massa da iniciativa privada, pode resultar em escassez de serviços hospitalares de alta complexidade, gerando maiores filas, e conseqüentemente um maior número de óbitos.

Complementando o parágrafo anterior, ao olhar para os dados de nº de AIH's pagas por competência e a tabela do perfil da assistência médica hospitalar brasileira, se vê que já tem ocorrido esse descredenciamento, porém basicamente dos hospitais com fins lucrativos. Um argumento que pode explicar a queda da taxa de participação dos hospitais privados consiste no conceito de sub-financiamento do SUS como inviabilizador sistêmico do modelo. Segundo o relatório do Banco Mundial (2007), vários procedimentos hospitalares pagam menos ao prestador de serviço do que o seu custo. Por exemplo, um ultrassom ginecológico tem um custo estimado de R\$ 45,00, enquanto o reembolso do SUS é de R\$ 7,00.

Para explicar o aumento da participação de hospitais privados sem fins lucrativos, Carvalho *et. al.* (2009) apontam que a renúncia fiscal permitida aos mesmos, assim como a criação de planos de saúde próprios, possibilitaram contornar as limitações dos repasses insuficientes. Por não terem essas regalias, os hospitais com fins lucrativos não tiveram outra saída senão se descredenciar do SUS, ou fechar as portas.

Uma pesquisa citada pelo próprio autor e feita pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH, 2000), com 206 estabelecimentos privados com fins lucrativos, apontou um cenário preocupante de endividamento. O endividamento global correspondia a aproximadamente seis vezes o faturamento mensal médio das instituições, sendo composto principalmente por encargos trabalhistas e impostos em atraso (41,2%) e dívidas com bancos e fornecedores (29,5%).

Logo, o que se vê a partir das análises dos dados anteriores é que o financiamento e as questões gerenciais do SUS tiveram e têm muitas implicações no fornecimento de serviços de saúde. Portanto, a parte mais afetada foi a dos hospitais com fins lucrativos, já que se notou um grande descredenciamento destes do SUS, mudando o perfil de fornecimento de serviços de saúde ao longo da década, com uma acentuada queda destes na participação geral.

V CONCLUSÃO

A conclusão do trabalho é de que realmente houve uma acentuada queda na taxa de participação dos hospitais privados com fins lucrativos credenciados ao SUS no provimento de serviços de saúde. O intuito inicial do trabalho era verificar se esse processo se dava com todos os hospitais privados, porém foi verificado que os hospitais sem fins lucrativos aumentaram sua participação.

Os motivos apresentados para essa queda, como último capítulo apresentou, são muitos, porém dois podem ser considerados os mais importantes: (i) a instabilidade no repasse dos recursos, seja na quantidade de verbas quanto nas regras de financiamento; e (ii) a remuneração pelo SUS abaixo dos custos operacionais dos hospitais. Pelo fato dos hospitais com fins lucrativos operarem com uma lógica mais empresarial e não assistencial, eles são mais elásticos às mudanças nas regras do jogo e nos possíveis atrasos de pagamento. Portanto, ao perceber que suas receitas não estavam cobrindo os seus custos, muitos hospitais provavelmente se descredenciaram do SUS, diminuindo a capacidade instalada.

Outra conclusão, porém de caráter mais normativo, diz respeito ao que deve ser feito ao observar esse processo de queda da participação dos hospitais privados com fins lucrativos. Como o último capítulo tentou mostrar, não há evidências que mostram que os serviços prestados por hospitais públicos sejam menos eficientes que os privados, porém uma alternativa seria aproveitar a capacidade instalada dos hospitais privados para prover melhores serviços de saúde. Para fazer isso, portanto, poderia ser aumentado o valor da tabela de procedimentos do SUS, de modo que a mesma pudesse atrair a iniciativa privada. Apesar de parecer ser uma alternativa simples, para implementá-la a regulação sobre esses hospitais deveria ser mais rígida de modo que não pudessem ocorrer desvios ou práticas ilícitas.

Outra alternativa seria estimular o descredenciamento dos hospitais privados lucrativos do SUS, substituindo-os por hospitais públicos e sem fins lucrativos, caracterizando um serviço cada vez mais público na provisão de serviços, com uma parte residual contratada. Porém, para isso ser efetivo, deveria ser feita uma mudança de legislação e nas regras de administração dos hospitais públicos, de modo que eles

tivessem mais agilidade na compra de medicamentos e alocação de recursos a partir das licitações, aumentando sua eficiência e seus serviços.

Ambos os casos anteriores, porém, necessitam que haja um maior aporte de recursos para saúde, o que, num contexto de escassez e baixa disponibilidade da sociedade em aceitar novos aumentos de impostos, torna-se um impasse relevante. Mudar a tabela do SUS para remunerar melhor o setor privado tem um custo, assim como suprir grande parte da participação dos hospitais privados por públicos. Logo, mudar o sistema atual a partir destas alternativas talvez seja inviável do ponto de vista orçamentário.

Para pesquisas futuras, fica a pergunta de qual modelo o país deve seguir para prover um serviço público de saúde mais eficiente. Como mostrado, há pelo menos duas alternativas, porém é necessário medir qual delas tem um custo social menor. Logo, implementar qualquer uma das duas necessitaria uma melhora nas instituições, seja na maior regulação dos credenciados, ou na menor burocracia dos públicos.

VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Emenda Constitucional n.º 29**. Brasília, 13 de setembro de 2000.

_____. **IDB-2009**, Ministério da Saúde. Disponível: <www.datasus.gov.br/idb>. Acesso em 15 de março de 2011.

_____. **Lei n. 8080**. Brasília, de 19 de setembro, 1990.

_____. **Lei n. 8142**, Brasília de 28 de dezembro, 1990.

_____. **Lei 8.689**. Brasília de 27 de julho de 1993.

_____. **Lei n. 9.311**. Brasília, 24 de outubro de 1996

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 91**. Ministério da Saúde, 1991.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 93**. Ministério da Saúde, 1993.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 96**. Ministério da Saúde, 1997.

CARNEIRO, Virgílio Baião. **Gênese da Assistência Supletiva de Saúde no Brasil. 2001**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina/UFMG. Belo Horizonte.

_____. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

CARVALHO, Déa, ET. AL. **Saúde no Brasil, Algumas Questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).** In: PIOLA, Sérgio F.; VIANNA, Sólón M.. Ipea: Fevereiro de 2009. Texto para discussão nº 1391.

CONASS. **Coleção Progestores – Para entender a Gestão do SUS.** Volume 3, Brasília: Financiamento da Saúde, 2007.

_____. **A saúde na opinião dos brasileiros.** Brasília: CONASS, 2003. 244 p.

_____. **SUS: avanços e desafios.** Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS (FBH). **Pesquisa sobre o perfil do endividamento dos hospitais do Brasil, 2000.** Disponível em: <<http://www.fbh.com.br>>. Acesso em: dez. 2010.

HEIMANN, L.S. ET AL.. **A descentralização do sistema de saúde no Brasil – uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas.** Relatório Final. São Paulo, Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde/SES/SP. 1998.

IBGE. **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: dez. 2010.

LEVCOVITZ, E. **Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996.** Tese de doutorado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** Ciência e Saúde Coletiva, 2001, v. 6, n. 2, p. 269-291.

MACHADO, Cristiani Vieira. Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Cealag, 2002. p. 505-528.

MÉDICI, A.C. **Economia e financiamento do setor saúde**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP. 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I, Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 144p.

MENICUCCI, Telma. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. In: ARRETCHE, Marta; HOCHMAN, Gilberto; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 303-323. 2007.

_____. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Tese de doutorado. FAFICH/UFMG, 2003.

NEGRI, Barjas. A política de Saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Cealag, 2002. p. 15-45.

PIERANTONI, Célia Regina. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Cealag, 2002. p. 609-629.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Saúde e Trabalho – a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981

REIS, C. Ocké. **“O Estado e os Planos de Saúde no Brasil”**. Revista do Serviço Público, ano 51, n. 1, p. 125-150. 2000.

_____. **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: Uma promessa não cumprida pelo SUS?**. Ipea: Fevereiro de 2009. Texto para discussão nº 1376.

_____; RIBEIRO, J. A. C. ; PIOLA, S. F.. Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O caso do Ministério da Saúde. Ipea: Junho de 2001. Texto para discussão nº 802.

SANTOS, Gabriel Ferrato dos. Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002. In: NEGRI, Barjas: VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Cealag, 2002. p. 391-410.

SILVA, Hudson Pacífico da. O público e o particular na oferta de serviços e no processo de descentralização. In: NEGRI, Barjas: VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Cealag, 2002. p. 529-554.

SOUZA, Renilson Rehem de. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: NEGRI, Barjas: VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Cealag, 2002. p. 411- 432.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. In: NEGRI, Barjas: VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Cealag, 2002. p. 441-470.

WORLD BANK. **Governance in Brazil's Unified Health System (SUS), Raising the Quality of Public Spending and Resource Management**. Report n. 36601-BR, February 15, 2007, p. 16.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, et al. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: NEGRI, Barjas: VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Cealag, 2002. p. 471-488.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1998.